36

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 novembre 1906, à 1 heure

PAR

Louis ELMERICH
De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien externe des hôpitaux de Paris

VÉGÉTATIONS ADÉNOIDES

CHEZ LE NOURRISSON

LEUR INFLUENCE SUR SON DÉVELOPPEMENT

Président : M. DÉJERINE, *professeur.*

Juges : MM. LANDOUZY et BRISSAUD, *professeurs.*
LABBÉ (MARCEL), *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

36

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 novembre 1906, à 1 heure

PAR

Louis ELMERICH

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien externe des hôpitaux de Paris

VÉGÉTATIONS ADÉNOIDES

CHEZ LE NOURRISSON

LEUR INFLUENCE SUR SON DÉVELOPPEMENT

Président : M. DÉJERINE, *professeur.*

Juges : MM. LANDOUZY et BRISSAUD, *professeurs.*
LABBÉ (MARCEL), *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	DE LAPERSONNE
Cliniqu des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRÉ	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

La présence des végétations adénoïdes chez le nourrisson a été signalée d'abord par Lubet-Barbon, puis par Huber, de New-York, dans deux mémoires, parus, l'un dans la *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance* en 1891, l'autre dans les *Archiv of Pédiatrie* en 1894. Ces auteurs en ont surtout décrit les signes objectifs. Plus récemment MM. Variot, Le Marc' Hadour et Roger, ont rappelé l'attention sur ce sujet à la Société de Pédiatrie (Juin 1905) en se plaçant à un point de vue particulier, le retentissement de ces végétations adénoïdes sur la croissance des nourrissons. Tous les observateurs ont noté l'amaigrissement, les pertes de forces dont elles sont la cause, mais aucun n'avait encore mesuré le degré d'atrophie qu'elles déterminent. C'est à l'analyse de ces troubles de la croissance que nous avons essayé nous aussi d'apporter notre contribution, et que nous consacrons la plus grande partie de ce travail. Nous nous en sommes tenu à ce point, omettant volontairement l'influence des végétations

adénoïdes sur le développement ultérieur des enfants. Nous en avons retracé au préalable la physionomie chez le nourrisson, d'après les travaux antérieurs, dont nous nous sommes longuement inspiré et d'après nos observations personnelles.

Nous remercions en particulier M. le Dr Variot de nous avoir si largement ouvert son service de l'hôpital des Enfants-Malades et de nous avoir si obligeamment dirigé dans les recherches que nous avons entreprises.

Nous sommes reconnaissant à M. le Professeur Déjerine de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous envoyons un souvenir ému à la mémoire du Dr Lyot qui fut, à Beaujon, notre premier maître.

Nous adressons l'expression de notre gratitude à tous nos maîtres qui furent si bienveillants pour nous durant nos années de stage et d'externat dans les hôpitaux.

MM. le Dr Lacombe, *Beaujon* : 1899-1900 ; 1901-1902.

Dr Sevestre, *Bretonneau* : 1900.

Dr Morel-Levallée, *La Charité* : 1903-1904.

Dr Maygnier, *La Charité* : 1904.

Dr Tuffier, *Beaujon* ; 1902-1903 ; 1904-1905.

Nous remercions enfin notre vieil ami Henri Eschbach, interne des hôpitaux, qui a été notre guide dévoué dans tout le cours de nos recherches.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Fréquentes chez le jeune enfant, les végétations adénoïdes le sont beaucoup moins chez le nourrisson ; il ne faut pourtant pas les méconnaître chez lui. L'examen systématique de sa cavité rhino-pharyngée montre constamment une amygdale de Luschka volumineuse ; le développement considérable du tissu lymphoïde à la naissance et son atrophie ultérieure sont des notions bien connues.

C'est pourquoi il faut seulement désigner sous le nom de végétations adénoïdes une hypertrophie exagérée des replis de l'amygdale pharyngée, qui obstrue alors le rhino-pharynx et devient ainsi pathologique.

Les végétations peuvent être congénitales. L'enfant ronfle dès la naissance et les troubles de la déglutition sont immédiats. (Obs. III et VI). D'autres fois les accidents ne font leur apparition, que plus tard ; ils sont notés à 15 jours par Le Marc'Hadour et Roger, à 1 mois par Lubet-Barbon, à 6 mois par Huber.

Ces époques sont assez rapprochées de la naissance pour qu'on puisse affirmer leur origine congénitale, et l'on ne verrait pas, d'ailleurs, comment à un âge si peu avancé elles pourraient être le résultat d'adénoïdites répétées. Elles ne se manifestent souvent cependant que sous l'influence d'une cause adjuvante : à l'occasion d'un coryza léger, d'une infection légère qui tuméfie des tissus adénoïdes déjà volumineux et provoque une obstruction des fosses nasales, qui devient bientôt permanente.

L'hérédité est souvent en cause ; il n'est pas rare, en effet, de voir la mère amenant son bébé, présenter le facies adénoïdien, c'est-à-dire la bouche constamment entr'ouverte, les pommettes aplaties, le nez aplati et rétréci à la base, les dents mal implantées sur une voûte palatine ogivale, etc. Ou bien, elle a été opérée dans son jeune âge de végétations adénoïdes. Et encore faut-il tenir compte, pour apprécier la fréquence de antécédents héréditaires, que le plus souvent nous nous contentons de ceux du côté maternel, le père échappant beaucoup plus à nos investigations.

CHAPITRE II

SYMPTOMES

Les mères consultent toujours pour la même raison : « l'enfant ne sait pas téter, il ne peut plus respirer quand il tette ». Ces troubles de la succion frappent d'abord parce qu'ils compromettent directement l'alimentation du nourrisson. Les troubles respiratoires n'en sont pourtant pas moins constants, mais les mères leur trouvent une explication plus facile et s'en inquiètent beaucoup moins.

Ces deux catégories d'accidents résultent directement de l'obstruction nasale occasionnée par la présence des végétations adénoïdes dans le rhino-pharynx.

Nous avons déjà vu qu'ils peuvent être immédiats ou tardifs. Lubet-Barbon (*Revue des maladies de l'enfance. Obs. II*) (1) rapporte l'histoire d'un enfant qui n'a jamais pu prendre ni le sein ni le biberon. L'enfant

1. Lubet-Barbon. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* 1891.

de notre observation VI est un cas analogue : la mère essaya en vain pendant huit jours de le nourrir au sein et dut y renoncer. Elle fut contrainte de nourrir son enfant à la cuiller ou à l'aide d'une tétine largement trouée de façon que le lait coulât de lui-même dans la bouche du bébé.

Le ronflement se montre aussi d'emblée dans ces deux observations.

Nous allons étudier successivement les troubles de la succion, puis de la respiration.

« La succion, pour se faire d'une façon régulière, exige la perméabilité *absolue* des narines. » La cavité buccale joue dans la succion le rôle d'un corps de pompe dont la langue constitue le piston, et ce piston est mû avec une grande activité. On est étonné, en mettant le doigt dans la bouche d'un nourrisson, d'éprouver une telle puissance d'aspiration et de rencontrer une si forte résistance pour le détacher de la langue et de la voûte palatine entre lesquelles on le sent attiré. Mais le vide se produit à la fois dans la bouche et dans les fosses nasales ; seulement il est comblé aussitôt dans celles-ci et dans le thorax dilaté, par le libre passage de l'air. La déglutition s'effectue et est suivie d'un mouvement expiratoire, puis le cycle recommence. Autrement dit, l'air pénètre dans les fosses nasales en même temps que le lait pénètre dans la bouche. Tout phénomène qui s'oppose à la simultanéité de ces deux mouvements, entrave le jeu naturel des fonctions. Il faut noter encore l'avidité avec laquelle le nourrisson puise au sein de sa nourrice ou exprime

la tétine de son biberon ; elle devient un facteur dès que le plus léger trouble se dessine.

Aussi n'est-il pas étonnant que le moindre obstacle au passage de l'air puisse devenir la source de troubles graves. La gravité du coryza chez le nourrisson provient de l'obstruction nasale qui en est la conséquence. Une masse de petit volume prend de suite les proportions d'une tumeur considérable quand elle siège dans une région aussi exiguë que le cavum, entre la paroi pharyngée postérieure et les choanes d'une part, entre la base du crâne et l'isthme du pharynx d'autre part. Les végétations adénoïdes créent ainsi une obstruction permanente, soit par elles-mêmes, soit par le coryza qu'elles entretiennent. La succion est profondément troublée, les divers temps n'arrivent plus à se succéder dans un ordre régulier. On voit alors le nourrisson, après avoir pris le sein, se rejetter brusquement en arrière en poussant un cri qui marque sa détresse si l'occlusion est absolue; ou bien si l'occlusion est seulement relative « il prend deux ou trois gorgées de lait qu'il avale avec bruit en faisant des aspirations répétées ; puis, manquant d'air, il lâche le sein, s'en écarte en ouvrant largement la bouche, et lorsqu'il a rempli sa poitrine, il le reprend ; quelquefois, il avale de travers et est pris d'une violente quinte de toux expulsive qui vide le contenu de son estomac. » (Lubet Barbon).

Les fonctions du rhino-pharynx sont même si troublées que dans les efforts que fait instinctivement l'enfant pour assurer une déglutition rationnelle, le lait

est rejeté sous forme de régurgitations fréquentes pendant la tétée et que, parfois même, quelques gouttes de lait reviennent par les narines si l'imperméabilité n'est pas absolue.

Tous ces phénomènes sont d'ordre mécanique ; il en est de même du cornage pharyngien, autre symptôme capital des végétations adénoïdes du nourrisson. Ce bruit peut être assez peu accusé pour ne pas frapper les mères par son intensité ; il les frappe alors par sa continuité. C'est un ronflement, à ton grave et légèrement saccadé, reproduisant les vibrations du corps étranger qui lui donne naissance ; il s'entend aux deux temps de la respiration. Il n'est pas permanent, car il cesse si l'enfant ouvre largement la bouche, mais il reparaît bientôt et il augmente si l'on agace l'enfant ou s'il se met à téter. Il se modifie même dans ce dernier cas ; sa tonalité s'élève et il peut prédominer à l'un des temps de la respiration, en général pendant l'inspiration. Si l'enfant s'endort, le ronflement se régularise et devient un ronronnement continu et régulier.

Ce cornage pharyngien demande à être bien connu, car des végétations peu volumineuses peuvent ne pas présenter d'autre signe clinique ; on peut d'autre part le confondre avec d'autres bruits respiratoires anormaux. M. Variot (1) reconnaît en effet trois variétés de cornages, suivant la région où ils prennent naissance : le cornage pharyngien dont nous venons d'envisager

1. Variot. Végétations adénoïdes du nourrisson. *Gaz Hôp.*, 13 février 1906.

un type ; le cornage laryngien représenté par le stridor laryngé congénital, et le cornage bronchitique dû à l'adénopathie trachéo-bronchique du nourrisson. Le cornage pharyngien s'entend, ou peut s'entendre, aux deux temps de la respiration, il cesse quand l'enfant ouvre largement la bouche ou bien quand, en lui fermant les narines, on le contraint à une respiration exclusivement buccale ; il s'accompagne de troubles de la déglutition. Le cornage laryngien se rencontre dans certaines malformations du vestibule laryngé, il est permanent, bruyant et exclusivement inspiratoire. Le cornage bronchitique est au contraire expiratoire, ou tout au moins à prédominance nettement expiratoire ; il est dû à la compression des bronches par des masses ganglionnaires volumineuses situées dans le médiastin et qui sont refoulées brusquement par l'affaissement du thorax au moment de l'expiration.

On peut encore être mis sur la voie de la localisation pharyngée par des poussées répétées de coryza, car un coriza chronique n'est jamais seul en cause chez un nourrisson. Les végétations adénoïdes entretiennent un état inflammatoire permanent de la muqueuse pituitaire, qui se tuméfie sous la moindre influence et produit une exacerbation des symptômes. Ces enfants ont du jetage et présentent souvent de la rougeur des narines et de petites excoriations sur leur pourtour.

L'irritation de la muqueuse pituitaire se manifeste encore d'une façon bien spéciale, par des accès d'éternuements. Chez certains enfants, les éternuements sont fréquents ; chez d'autres, ils surviennent sous forme

de crises véritables. Parfois, ils éternuent avec de petits accès de toux, souvent sans signes stéthoscopiques ; l'auscultation la plus soigneuse ne révèle pas l'existence de râles, mais seulement la transmission des bruits pharyngés.

Les troubles de la déglutition et les caractères particuliers du cornage pharyngien permettent donc de localiser l'obstacle, mais il s'en faut que les végétations adénoïdes soient le seul obstacle rhino-pharyngé qu'on rencontre chez le nourrisson. Outre les malformations congénitales qu'il est facile d'éliminer, il faut encore songer à l'abcès rétro-pharyngé et aux diverses variétés de rhinite.

L'abcès rétro-pharyngé se manifeste plus brusquement que les végétations adénoïdes, les symptômes atteignent plus vite une grande intensité. Il se constitue rapidement une impossibilité absolue d'avaler tout liquide, le cri prend un timbre spécial, la tête s'immobilise sur le rachis, l'état général s'altère en quelques jours ; le tableau est tout autre. L'examen de la gorge lèverait tous les doutes.

La rhinite, au contraire, simple et entretenue par un mauvais terrain. ou syphilitique, surtout dans les formes atténuées de cette infection, peut donner le change facilement. Elle peut exister dès les premiers jours de la vie ; elle présente une séméiologie d'autant plus comparable à celle des végétations adénoïdes que le mécanisme est le même : gêne de la succion, ronflement régulier avec exacerbations, etc... Le tableau est

le même et le diagnostic est le plus souvent impossible sans examen direct. Celui-ci lève tous les doutes.

Il ne diffère en rien de celui des jeunes enfants, il est inoffensif et ne demande qu'un peu de prudence et de douceur. L'inspection de l'arrière-gorge montre souvent à l'examen direct des traînées de mucus blanchâtre ou purulent le long de la paroi pharyngée ou dans les gouttières latérales. Elles indiquent seulement l'existence d'un catarrhe rhino-pharyngé. Les éléments de certitude sont fournis par le toucher ou par l'examen rhinoscopique antérieur. Le toucher se fait soit avec l'index, soit avec l'auriculaire ; le doigt plié en crochet pénètre au fond de la bouche, sent le voile du palais, contourne son bord libre, serré latéralement par les piliers tendus en corde délicate qui le brident, et sent au-dessus du voile, contre la paroi pharyngée, une masse molle, lisse, irrégulière, feuilletée, non friable, qui l'empêche de pénétrer plus avant : ce sont les végétations adénoïdes. Chez les tout jeunes bébés, le doigt ne peut pas toujours doubler le voile du palais ; on perçoit alors les végétations à travers ce dernier appliqué sur elles, mais assez mince pour laisser suffisamment nettes les sensations.

On peut aussi voir les végétations par l'examen rhinoscopique antérieur ; il suffit pour cela de faire rétracter les cornets par l'application d'un mélange de cocaïne et d'adrénaline, et de pratiquer l'examen direct. Le Dr Le Marc'Hadour emploie pour faire cet examen l'otoscope de Toynbee, suffisant et plus commode chez les nouveau-nés que le spéculum du nez.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les troubles mécaniques des végétations adénoïdes. Leur présence a encore pour conséquence toute une série d'accidents, dont les mauvais effets s'ajoutent à ceux de l'alimentation difficile.

La respiration se faisant par la bouche constamment ouverte est source de complications de l'appareil respiratoire. L'air arrive directement dans les bronches sans s'être échauffé ni purifié dans les fosses nasales; il en résulte des infections pulmonaires faciles et des bronchites à répétition. Plus tard, d'après Lubet-Barbon, l'emphysème pulmonaire ne serait pas rare : il serait favorisé par les efforts violents nécessités par la pénétration difficile de l'air, et par les expirations forcées provoquées par la toux; transitoire, si l'obstacle est levé, l'emphysème deviendrait bientôt définitif dans le cas contraire.

Les végétations adénoïdes influent encore sur le tube

digestif, autrement que par l'obstacle mécanique qu'elles apportent à l'alimentation. S'opposant au drainage facile des voies aériennes, elles favorisent la stagnation des mucosités dans le cœcum et deviennent ainsi un véritable foyer d'infection. Les divers produits de sécrétion des fosses nasales, accumulés dans un espace rétréci où la pululation des germes est facile, sont un jour déglutis et infectent l'estomac. De là, l'origine de ces vomissements incoercibles, et surtout de ces gastro-entérites toxiques qui peuvent devenir rapidement très dangereuses. Cette infection est sans doute atténuée, car on n'observe pas de ces gastro-entérites toxiques, rapidement mortelles, comme on en voit survenir après l'ingestion d'un lait altéré ; mais elle est à répétition et crée une entérite chronique qui se révèle souvent par une diarrhée fétide. L'infection gagne parfois du rhino-pharynx les trompes d'Eustache et la caisse du tympan ; des otites moyennes en sont la conséquence.

Les végétations adénoïdes contribuent aussi à augmenter l'irritabilité du système nerveux, et déterminent des accidents réflexes qui tirent leur gravité de leur fréquence ou de leur intensité. Les vomissements incoercibles, rebelles à toute thérapeutique, qu'on observe parfois, et qui paraissent indépendants de tout état gastrique, ne sont qu'un accident réflexe entretenu par une irritation pharyngée permanente. Ils ne s'accompagnent d'aucune réaction fébrile, les selles sont normales, le cæcum n'est pas infecté. La meilleure preuve qu'on puisse donner de leur origine nerveuse

réside dans leur traitement ; ils cèdent instantanément dès que les végétations ont été enlevées.

Il en est de même de la toux quinteuse, coqueluchoïde, qui se rencontre parfois, et que tous les auteurs ont signalée. Cette toux sèche et incessante est bien différente de la toux provoquée par l'accumulation des mucosités dans l'arrière-pharinx et la gorge, ou de celle qui accompagne le catarrhe bronchique, toux de défense, d'expulsion, intermittente et grasse. L'autre, au contraire, provient de l'irritation des végétations par le passage de l'air, ou de l'irritation nasale entretenue par les végétations ; elle n'a aucun rapport avec leur volume, et relève de la même pathogénie que les éternuements à répétition.

Le sommeil est toujours agité chez ces enfants ; ils dorment mal, se réveillent en sursaut et sont plus facilement exposés au spasme de la glotte et à la laryngite striduleuse. Telle est, du reste, l'intensité des troubles nerveux provoqués par les végétations adénoïdes d'une façon générale, qu'ils peuvent déterminer de l'asthme chez les enfants plus âgés, et des crises hystériformes chez l'adulte.

CHAPITRE IV

INFLUENCE SUR LE DÉVELOPPEMENT

La résultante finale de tous les troubles que nous venons de passer en revue, c'est l'arrêt de croissance du nourrisson. Jégourel (1) (*Thèse de Paris*, 1904), étudiant l'atrophie pondérale des nourrissons au sein, en reconnaît plusieurs variétés, dont l'une provient de l'insuffisance de la lactation chez la mère : c'est l'atrophie par inanition. A la même variété appartient l'atrophie déterminée par les végétations adénoïdes.

On sait bien ce qu'il faut entendre par atrophie pondérale. M. Variot a désigné par là, ces troubles de croissance qui s'observent chez le nourrisson et qui s'évaluent par la balance. Le nourrisson ne possède pas en effet, tous nos moyens de manifester sa souffrance ; il y supplée par une séméiologie particulière, dont l'élément le plus important réside dans des varia-

1. Jégourel. De l'atrophie pondérale des nourrissons au sein, (*Thèse Paris*, 1904).

tions de poids. Tout incident est marqué chez lui par une stagnation momentanée ; une poussée de gastro-entérite, une infection bronchique, la sortie un peu pénible des dents, déterminent une baisse de poids immédiate. La cause est souvent moins patente et c'est ainsi que l'emploi régulier de la balance devient le seul mode d'investigation qui donne des renseignements sûrs et précis sur l'état de santé du nourrisson.

L'importance du poids provient de ce que la croissance est la fonction essentielle du nourrisson ; il faudrait contrôler si la taille augmente dans les mêmes proportions pour avoir de sa croissance une idée complète. Mais, de fait, on sait que chez un enfant normal, les deux éléments vont de pair, et il est infiniment plus commode et plus précis de peser que de mesurer un nourrisson. S'il existe un état de souffrance, la toise ne donne pas de renseignements négatifs ; la balance, au contraire, fournit des différences en plus et en moins, indique plus facilement un état stationnaire parce que ses évaluations journalières portent sur une plus grande échelle. C'est pourquoi, dans la pratique, on n'envisage guère que le poids du nourrisson.

L'atrophie pondérale ne doit pas être envisagée non plus à un point de vue absolu. L'accroissement diminue avec l'âge. L'augmentation de poids quotidienne est de 25 grammes, pendant le premier mois ; elle n'est plus que de 20 grammes pendant le cinquième et de 10 grammes pendant le onzième. Le nouveau-né a une activité de croissance telle qu'il double son poids

de naissance pendant les cinq premiers mois, mais il le triple seulement dans l'année.

Ces considérations ont un grand intérêt, parce qu'une stagnation de poids de même durée se trouve avoir une importance tout autre suivant l'âge auquel elle se produit ; une stagnation de poids de quatre jours entraîne une perte de poids de 100 grammes sur la normale pendant le premier mois de la vie, une perte de poids de 40 grammes seulement pendant le onzième. En outre, l'intensité de croissance diminuant avec l'âge, il devrait en résulter cette autre conséquence : qu'une même perte de poids est plus vite regagnée par un enfant plus jeune que par un enfant plus âgé ; il n'en est pas ainsi car un enfant possède d'autant plus de résistance qu'il est plus âgé. Cependant l'arrêt de croissance met un terme à l'augmentation des forces, et l'enfant possède, d'une façon approximative, la résistance de son poids.

L'arrêt de croissance provoqué par les végétations adénoïdes n'est pas le plus souvent absolu. L'accroissement continue, mais insuffisant ; le gain journalier est en dessous de la moyenne, la courbe du poids s'éloigne tous les jours davantage de la courbe normale, et l'atrophie devient de plus en plus manifeste.

Il faut encore tenir compte du poids initial pour évaluer le degré d'atrophie. Les écarts de poids à la naissance tendent à disparaître, et, au bout d'une année, le poids de divers enfants normaux est sensiblement le même. Il n'en faut pas moins considérer que la courbe d'un enfant pesant un poids plus considéra-

ble à la naissance, se tient à un niveau plus élevé ; les différences sont d'autant plus sensibles qu'on se rapproche davantage de l'époque de la naissance.

Les végétations réalisent donc l'atrophie infantile, c'est-à-dire cet état d'un enfant dont tous les organes sont sains, qui a une apparence chétive, mais un habitus extérieur vivant, dont les téguments sont frais et normaux, qui ne se distingue d'un enfant normal de même âge que par ses dimensions exiguës. Mais sa petitesse n'entraîne pas une altération de l'organisme, les fonctions de croissance sont seulement arrêtées ; elles se développent dès qu'il est replacé dans des conditions favorables.

C'est par là que se distingue l'atrophie accidentelle de l'atrophie vraie, héréditaire. Lorsqu'une tare a frappé l'œuf, que le vice vienne de l'un ou de l'autre germe, l'atrophie est définitive, et l'enfant, quoi qu'on fasse ne peut pas se développer. La tare ne réside pas dans l'insuffisance des aliments, mais dans l'incapacité des tissus à absorber et à assimiler. L'organisme se développe lentement parce qu'il ne renferme pas les ressources d'énergie voulues pour accomplir l'effort considérable et soutenu, que demande une croissance régulière.

Lorsque les végétations adénoïdes déterminent des accidents infectieux, le mécanisme de l'atrophie devient plus complexe ; il ne s'agit plus seulement d'atrophie par inanition, mais le déséquilibre apporté par l'hyperthermie et la sécrétion des poisons microbiens ajoutent leur action nuisible. De même, quand il se produit des

troubles digestifs, non seulement un intestin malade n'assimile pas, mais sa cavité est encore le siège d'une production de toxines qui pénètrent dans l'organisme et l'altèrent profondément.

Le terme ultime serait l'athrepsie, cachexie du nourrisson. Ce n'est pas qu'il faille y voir l'étape fatale à laquelle conduisent les végétations adénoïdes négligées ; elles retentissent, en général, moins profondément sur l'organisme, entravent seulement sa croissance et déterminent une atrophie qui est curable dès qu'on institue le traitement rationnel.

Ce traitement, c'est l'ablation des végétations adénoïdes. Pourvu qu'on intervienne dans un rhino-pharynx bien désinfecté et en dehors de toute poussée fébrile, le grattage des végétations, soit avec la petite curette de Schmitt, soit avec la pince-curette de Lœuvenhœck, n'a pas plus d'inconvénient chez le nourrisson que chez l'enfant plus âgé. Il ne rencontre d'autres difficultés que celles résultant de l'étroitesse des régions, auxquelles on adapte des instruments de dimensions convenables. Leur cure radicale ne s'accompagne ni d'hémorragie, ni d'élévation de température, et les bons effets qui en résultent sont, pour ainsi dire, immédiats.

La lecture de quelques observations, publiées antérieurement ou inédites, que nous avons recueillies, permet d'envisager ces résultats avec des variantes suivant la nature des accidents déterminés par les végétations, et de les étudier à des époques variables après la date de l'intervention.

Nous avons déjà dit que les végétations adénoïdes agissaient sur la nutrition soit par obstacle mécanique pur, en gênant la préhension des aliments, soit en même temps en retentissant sur la nutrition par l'altération secondaire des divers systèmes de l'organisme.

On conçoit facilement que dans le premier cas, l'ascension de la courbe de poids suive immédiatement l'intervention, que dans le deuxième cas, au contraire, la courbe ne se relève que lorsque les accidents déterminés par les végétations adénoïdes, ont eux-mêmes disparu, grâce à leur ablation. L'examen de la courbe est absolument démonstratif; il montre non seulement l'augmentation brusque de poids, mais donne encore par là la mesure de l'entrave qui était apportée par les végétations, tout en témoignant de l'innocuité de l'intervention.

Si nous considérons les cas où les végétations agissaient seulement d'une façon mécanique, ou déterminaient seulement de légers accidents infectieux, cessant avec leur ablation et sans retentissement profond sur la stucture de l'organisme, nous notons, sans exception, une augmentation immédiate de poids, les pesées ayant lieu tous les huit jours. Mais il est intéressant de pénétrer un peu le mécanisme suivant lequel se fait cette ascension pondérale.

M. le Dr Le Marc'Hadour (1) a bien montré le développement qui suit l'intervention ; il l'a montré à intervalles éloignés. Nous avons essayé de mieux le saisir en étudiant à des espaces plus rapprochés les augmentations de poids.

1. Le Marc'Hadour. *Société de pédiatrie*, juin 1905.

Un des types les plus démonstratifs est celui qui fait l'objet de notre observation II; nous n'avons pas le poids de naissance ni aucun chiffre sérieusement observé jusqu'au moment où nous voyons l'enfant : Il a alors 8 mois et pèse 5 kgr. 950. Pendant les quinze jours qui précèdent l'intervention, il augmente de 80 grammes seulement, soit une moyenne de 5 grammes par jour. Si les renseignements fournis par la mère sont justes, si l'enfant pesait réellement 5 kilogrammes à 5 mois, chiffre déjà faible, mais plausible, il faut en conclure que la courbe de poids s'est peu à peu abaissée jusqu'au niveau actuel. L'enfant est opéré et laissé à sa mère dans les mêmes conditions d'hygiène. Huit jours après, il est passé de 6 kgr. 030 à 6 kgr. 400; l'accroissement quotidien a été de 53 grammes. La semaine suivante, l'augmentation n'est plus que de 100 grammes, soit 14 grammes par jour. L'enfant est alors perdu de vue ; on ne le revoit que un mois et demi plus tard, devenu nettement rachitique ; il ne pèse encore que 6 kgr. 960.

En général, la courbe de poids ne se relève pas aussi vite et l'accroissement quotidien n'atteint pas le chiffre considérable que nous venons de signaler. Il nous semble devoir expliquer ce cas particulier par le fait que les aliments arrivant en abondance dans le tube digestif non altéré, l'organisme se hâte d'assimiler et subit une poussée de croissance qui le rapproche de son poids normal, suivant la loi générale des atrophiques, qui les fait croître non selon leur âge, mais d'après leur poids.

Le plus gros effort, après celui-ci, que nous voyons réalisé au moins dans les premiers jours, l'est encore, en effet, par un enfant du même âge, un enfant de huit mois (Obs. VI) pesant seulement 5 kilogrammes. En quinze jours, aussitôt après l'intervention, il atteint le poids de 5 kgr. 670, soit une augmentation quotidienne de 45 grammes.

Il y a là un effort, un peu moindre, mais semblable au précédent. C'est encore un effort analogue, mais plus faible parce que le degré d'atrophie était moindre, que nous voyons réalisé dans les observations I et III. Prenons, en effet, l'enfant de l'observation III ; dans les deux semaines qui suivent l'intervention, il gagne 300 grammes soit 20 grammes par jour ; dans la troisième, il augmente de 250 grammes, soit 36 grammes par jour. Un phénomène particulier explique pourquoi l'accroissement post- opératoire tarde à atteindre son acmé et est plus marqué pendant la troisième semaine seulement après l'intervention, qu'au début. C'est que l'enfant était au sein et que la mère perdait son lait en raison de la gêne qu'éprouvait l'enfant à téter. Il a fallu d'abord que les efforts plus efficaces de l'enfant rétablissent la secrétion lactée diminuée, avant qu'il puisse puiser au sein suivant son appétit. Mais si nous comparons les observations II et III, où le poids de l'enfant est sensiblement égal au moment de l'intervention — 6 kgr. 030 dans l'une, 6 kgr. 200, dans l'autre — la différence considérable qui sépare l'augmentation quotidienne des premiers jours ne nous paraît pas devoir être expliquée autrement, puisque la moyenne des trois

premières semaines est à peu près la même : 27 grammes dans un cas et 26 grammes dans l'autre.

La seule loi fixe qui paraisse se dégager de nos observations est que l'augmentation se produit dès que les conditions normales sont réalisées : aussitôt après l'intervention, quand le lait est fourni en abondance (obs. I, II, VI.), un peu plus tard seulement quand la sécrétion lactée a dû se rétablir. (Obs. III). Parfois l'obstacle vient encore de l'enfant, c'est ce que vont nous montrer les observations IV et V. Ces deux observations concernent des enfants atteints de troubles graves tant du côté de l'appareil digestif que de l'appareil respiratoire.

L'un (obs. IV) souffre depuis longtemps de troubles gastro-intestinaux très intenses et présente manifestement des végétations adénoïdes. Il est mis d'abord au régime des gastro-entérites, son état s'améliore, mais son poids reste stationnaire. La bronchite persiste. L'intervention est enfin pratiquée ; il devient alors possible de donner à l'enfant du lait stérilisé sans provoquer à nouveau des signes de gastro-entérite, son infection bronchique disparaît complètement ; et alors, seulement, c'est-à-dire trois semaines après l'intervention, quand le terrain s'est amélioré, le poids augmente brusquement, passe de 4 kgr. 900 à 6 kilogrammes en douze jours, soit l'augmentation considérable de 90 grammes par jour !

Il en est de même du nourrisson de l'observation V. Malgré le traitement bien dirigé de la gastro-entérite et l'amélioration des fonctions digestives, la courbe de poids reste stationnaire. Bien plus, une poussée d'otite

la fait baisser encore. On se décide alors à faire opérer l'enfant. La courbe continue à baisser. Mais la poussée aiguë d'otite s'étant calmée et les fonctions intestinales s'étant complètement régularisées, la courbe se relève, dépasse le poids initial et l'accroissement continue. Du jour où la courbe s'est relevée, l'augmentation quotidienne est de 34 grammes.

L'étude de ces observations nous a montré les bons effets immédiats de l'ablation des végétations adénoïdes. La rapidité avec laquelle se relève la courbe, à quelque moment que ce soit, de suite après l'intervention, ou un peu après, nous suggère d'autres réflexions. Certains chiffres d'accroissement quotidien, 53 grammes pendant huit jours. (obs. II), 92 grammes pendant quinze jours (obs, IV). sont énormes et pourraient paraître excessifs. Ils s'expliquent si on les envisage d'un peu plus près. Remarquons, en effet, que le premier de ces enfants est âgé de 8 mois, le second de 9 mois, qu'ils pèsent l'un 6 kgr. 030 l'autre 4 kgr. 700. Or, c'est une loi générale chez les atrophiques, que, placés dans de bonnes conditions ils se rapprochent du poids normal avec une rapidité proportionnelle à leur degré d'atrophie, c'est-à-dire d'autant plus vite qu'ils pèsent moins pour leur âge. Et il est intéressant de considérer que dans ces deux cas eux-mêmes où les chiffres sont très élevés, le plus fort concerne l'enfant ayant le poids le plus faible, mais étant aussi le plus âgé (obs. IV).

Nous avons envisagé les résultats immédiats de l'ablation des végétations adénoïdes ; ils indiquent ce

que sont les résultats éloignés. L'obstacle au développement étant levé, l'enfant prend son essor et sa croissance se fait désormais régulière, à moins que l'obstacle ne réapparaisse.

Peut-être les végétations adénoïdes enlevées aussitôt sont-elles susceptibles de réapparaître ; on sait qu'il suffit d'en laisser des vestiges pour que ceux-ci s'hypertrophient de nouveau; on en serait quitte pour recommencer l'intervention si des symptômes suffisants se manifestaient. On n'en aurait pas moins rendu à l'enfant le service inappréciable de favoriser son développement régulier. Nous avons vu ainsi un enfant de 2 ans, opéré à 8 mois par le Dr Le Marc'Hadour et que la mère nous ramenait pour de nouveaux troubles dus à des végétations récidivantes (obs. VI) ; son développement ne s'en était pas moins fait d'une façon satisfaisante. On trouverait de même, rapportées dans la communication de MM. Variot, Le Marc'Hadour et Roger, à la *Société de pédiatrie* des observations très démonstratives concernant le développement à distance de nourrissons opérés, avec des courbes de poids très significatives ; nous ne voulons enregistrer que leurs résultats.

Leurs deux premières observations nous intéressent particulièrement : L'une (*obs. II*, page 197) (1) retrace l'histoire d'un enfant dont la croissance avait été régulière jusqu'à l'âge de 6 mois ; à cette époque apparaît le bouchage nasal, bientôt suivi d'une diarrhée fétide ;

1. Voir les *Bulletins de la Société de pédiatrie* de juin 1905.

la courbe de poids reste dès lors stationnaire. L'enfant est opéré de végétations adénoïdes cinq mois plus tard ; la courbe se relève aussitôt et court parallèle à ce qu'elle avait été de 1 à 6 mois. De sorte qu'à 16 mois, l'enfant a rattrapé son poids normal ; il pèse 19 livres.

L'autre observation (*obs. I*, p. 196) concerne un enfant de 4 mois 1/2, dont l'augmentation depuis la naissance a été seulement de 600 grammes. L'enfant est opérée ; elle augmente le mois suivant de 800 grammes soit une moyenne de 26 grammes par jour. Le tracé de la courbe montre que cette moyenne s'est maintenue pendant cinq mois consécutifs. Alors seulement la courbe s'incline, mais c'est que l'enfant a regagné son poids normal. Ayant atteint son niveau régulier, la courbe suit une marche désormais régulière : à 10 mois, l'enfant pèse 8 kgr. 500.

Ajoutons, pour finir, que nous n'avons pas relevé le moindre accident dans tous les cas opérés autour de nous et à notre connaissance. La comparaison devient facile à faire entre les dangers des végétations négligées et la bénignité de l'intervention. Celle-ci n'agit pas autrement chez le nourrisson que chez l'adolescent ; si nous avons surtout envisagé son retentissement sur la croissance, c'est parce qu'elle constitue chez lui une fonction essentielle qui prime toutes les autres. A mesure que cette fonction diminue, d'autres fonctions apparaissent dont l'importance devient peu à peu prédominante. Chez l'adolescent, les coryzas, otites, bronchites à répétition peuventat tirer davantage l'attention,

mais le développement n'en est pas moins entravé ; seulement chez lui, il est plus facile d'en distinguer les éléments et de les envisager séparément. On connaît bien l'influence des végétations sur le développement des cavités sinusales de la face ; on sait, par l'obstacle qu'elles apportent au passage de l'air, comment elles empêchent le thorax de se dilater et en amènent des déformations. Castex et Malherbe (1) ont étudié leur influence sur le poids et sur la taille des jeunes gens.

Ceci pour montrer qu'il en est de même chez l'adolescent et chez le nourrisson. Mais chez ce dernier une physionomie particulière se dégage de ce qu'il constitue une miniature de l'individu et qu'il reste dans cet état tant que des conditions favorables ne se rencontrent pas pour son développement. Il les attend, réserve ses aptitudes de croissance ; il vit sur ses positions ; mais il est mal organisé pour la lutte et si l'on ne vient pas à son aide, il succombe. Touché trop jeune et frappé d'arrêt, son organisme est contraint de céder parce qu'il n'a pu encore développer ses fonctions de défense.

1. Castex et Malherbe. Croissance post-opératoire. *Presse médicale*, 31 mars 1894.

Observation I

Végétations adénoïdes. Développement insuffisant. Obstacle mécanique pur. (*Communiquée par* Eschbach, *interne de l'hôpital des Enfants-Malades*).

Christian B..., 2 mois 1/2. Né à terme, pesait 4 kgr. 750, à la naissance, (accouché et pesé à la clinique Bandelocque). Nourri au sein, accouché au forceps, présente une paralysie obstétricale de l'épaule gauche, en voie de guérison.

Pas d'antécédents adénoïdiens chez les parents.

L'enfant ronfle depuis l'âge de six semaines, à la suite d'une bronchite ; ce ronflement est régulier et s'entend beaucoup plus certains jours, devenant assez intense pour être perçu d'une chambre dans l'autre. Il est constitué par un fort bruit inspiratoire à

timbre nasonnant qui se modifie suivant les mouvements de l'enfant; quand on le remue, la respiration se précipite, le ronflement s'exagère et s'entend aux deux temps de la respiration. Quand il tète, le bruit devient aussi plus rapide et plus fort, il atteint là son maximum ; en même temps l'enfant gêné lâche le sein au cours de sa tétée, se rejette en arrière la bouche grande ouverte, fait quelques mouvements respiratoires et reprend le sein. Pendant le sommeil, la bouche est complètement ouverte et le ronflement, surtout quand le bébé est sur le dos, devient régulier et continu.

Le nez ne coule jamais, les éternuements sont fréquents, l'enfant toussote souvent ; l'auscultation de la poitrine révèle seulement de gros ronchus, paraissant être des bruits transmis des voies aériennes supérieures.

Il n'a jamais vomi ni eu de diarrhée.

L'enfant pèse le 17 *janvier* 5 k. 600.

Le toucher rhino-pharyngé montre l'arrière-pharynx envahi par des végétations adénoïdes.

L'intervention a lieu le 17 janvier ; le Dr Fournié enlève à la curette une petite masse assez volumineuse de végétations. Suites opératoires apyrétiques et normales.

24 *janvier*. — L'enfant a ronflé encore pendant trois jours ; aujourd'hui il a cessé complètement de ronfler ; il ne tousse plus, mais éternue encore fréquemment ; son poids s'est notablement accru : il pèse 5 kgr. 825.

31 *janvier*. — 6 kgr. 100.

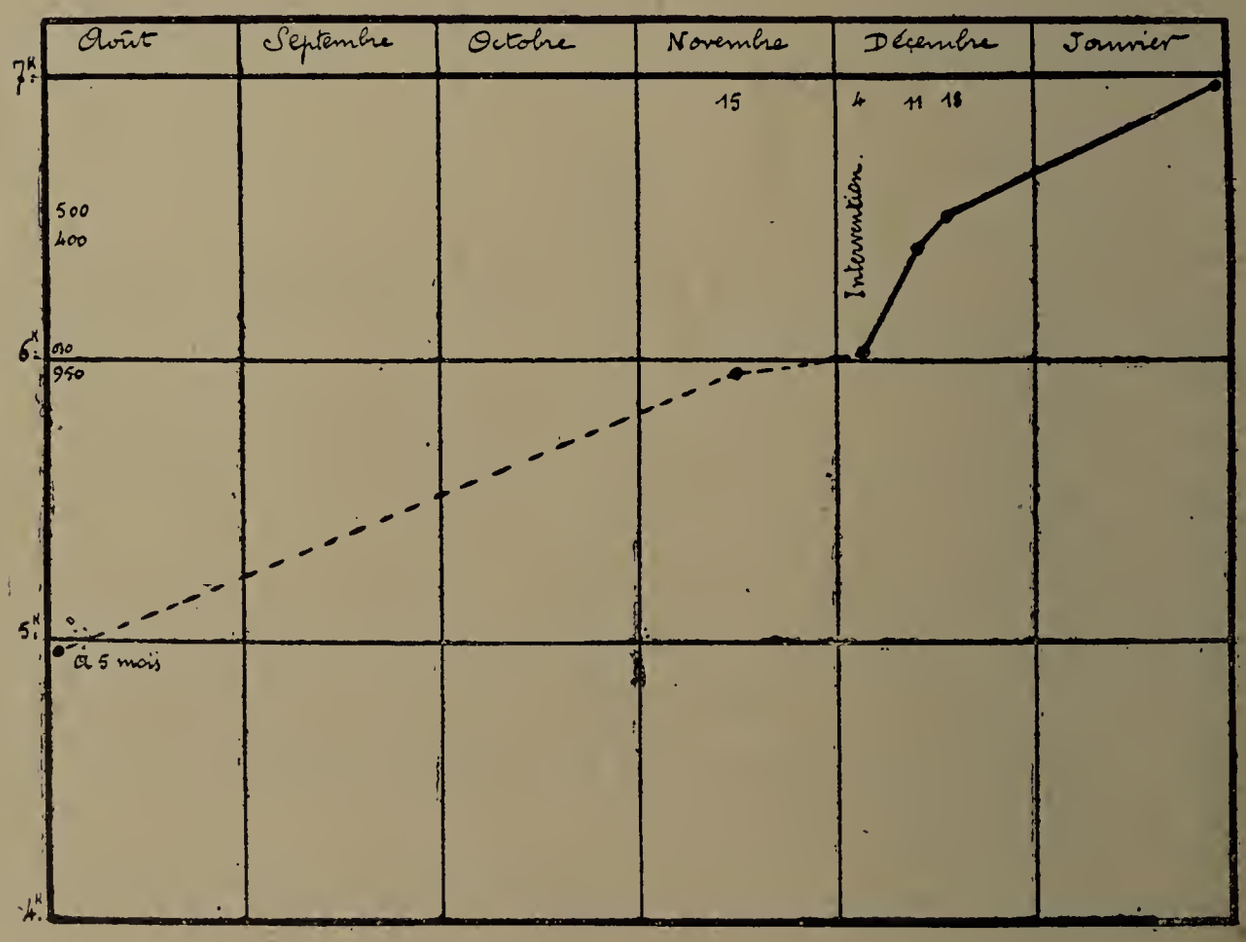
7 *février*. — 6 kgr. 360,

21 *février*. — 6 kgr. 650.

Observation II

Végétations adénoïdes. Développement très lent. Obstacle mécanique pur (*Communiquée par* Eschbadh, *interne de l'hôpital des Enfants Malades*).

Germaine Ch.... 8 mois. Née à terme, élevée au biberon dès la naissance, envoyée en nourrice jusqu'à l'âge de 5 mois ; reprise à cette époque par ses parents qui la confient à une garde ; elle pesait alors, dit cette garde, 4 kgr. 950. Cette femme la remarqué, dès lors, que l'enfant buvait difficilement, la succion



la faisait tousser « comme si on lui avait chatouillé le nez », et en toussant, elle vomissait.

De plus l'enfant fait du bruit en respirant ; ce bruit est con-

tinu et s'accentue la nuit ; c'est un cornage nasal, un véritable ronronnement. un ronflement qui, suivant la façon dont respire l'enfant, est plus accusé tantôt pendant l'inspiration, tantôt pendant l'expiration. Par instants la petite Germaine tire la langue comme si elle étouffait.

La garde l'amène le 15 novembre à la consultation du Dr Variot à l Hôpital des Enfants Malades. Elle respire la bouche ouverte ; celle-ci reste constamment ouverte, d'ailleurs ; le ronflement est continu, léger coryza; quelques excoriations autour de l'aile gauche du nez. L'enfant est par ailleurs bien portant ; son tube digestif fonctionne bien ; il ne tousse pas.

Son poids le 15 *novembre* est de 5 kgr. 950.

L'examen direct par le toucher digital montre la présence de végétations adénoïdes ; elles sont visibles aussi par la rhinoscopie antérieure pratiquée par le Dr Le Marc'Hadour, après badigeonnage des cornets à l'adrénaline.

4 *décembre.* — L'enfant pèse 6 k. 030 ; il est opéré par le Dr Le Marc'Hadour qui retire une petite masse de végétations adénoïdes.

11 *décembre.* — L'enfant ne tousse plus et boit sans difficulté boaucoup plus aisément qu'avant l'intervention; il pèse 6 kgr. 400.

18 *décembre.* — 6 kgr. 500.

31 *janvier.*—Revu à cette date. Le poids est de 6 kgr. 960 ; la progression a donc été régulière, mais a cependant été troublée par la sortie de six dents ; l'alimentation est mal réglée car l'enfant est devenu manifestement rachitique.

Observation III

Végétations adénoïdes. Arrêt de développement.

Obstacle mécanique pur. (*Communiqué par* Eschbach, *interne des Hôpitaux.*)

Marcel A..., 6 mois 1/2. Né à terme, nourri au sein. La mère étant jeune a été opérée de végétations adénoïdes.

L'enfant ronfle depuis sa naissance ; il présente un ronflement bruyant et persistant ; il est sujet à des crises d'éternuement. Aujourd'hui il est gêné pour téter ; il quitte le sein, crie et cherche à le reprendre en vain ; pendant la tétée il a des régurgitations et il vomit toujours une assez notable quantité de lait après la tétée. Il pèse, le 8 janvier 6 kg. 200.

Mais telle est la difficulté avec laquelle il prend le sein de sa mère que celle-ci a de moins en moins de lait et que c'est un nouvel obstacle à l'alimentation de l'enfant.

Le toucher dénote l'existence de végétations dans le rhinopharynx.

Intervention le 8 *janvier* par le Dr Le Marc'Hadour ; la curette détache une petite masse de végétations constituées par trois feuillets parallèles dont la base s'insérait sur la paroi pharyngée.

22 *janvier*. — L'enfant ronfle encore un peu, probablement à cause de l'existence d'un léger degré de rhinite, ou peut-être par simple vibration en drapeau du voile du palais, non encore accoutumé au vide dans la cavité pharyngée.

Le poids est déjà de 6 kgr. 500 ; après la pesée, l'enfant est mis au sein, il prend 90 grammes.

29 *janvier*. — 6 kgr. 750.

5 *février.* — Il est rapporté parce qu'il tousse ; il y a un éger catarrhe rhino-trachéo-bronchique ; le poids est de 6 kgr. 800.

Observation IV

Végétations adénoïdes. Troubles gastro-intestinaux et pulmonaires. Obstacle mécanique et complications infectieuses (*communiquée par* Denéchau, *interne des Hôpitaux*).

Raymond L..., 9 mois. Né à terme, pesait 3 kilogrammes à la naissance. Nourri au sein pendant dix jours, puis au biberon. Tousse depuis cinq mois, a souvent de la diarrhée et des vomissements, il ronfle lorsqu'il dort et quand il boit ; la mère le trouve « gêné par le nez ».

Depuis huit jours, il a une diarrhée fétide, abondante, et tousse davantage.

Cet enfant est rachitique ; il a un chapelet costal, les épiphyses

juxta-articulaires tuméfiées, le ventre gros, la fontanelle largement ouverte. Les selles sont liquides et fétides ; dans la poitrine, il a des râles sibilants et ronflants ; il corne bruyamment en tétant ; le toucher rhino-pharyngé est positif.

Poids à l'entrée, le 11 *janvier*. — 4 kgr. 900.

L'enfant est mis au régime ; les vomissements disparaissent et les selles deviennent normales ; cependant le poids qui avait baissé jusqu'à fin janvier (4 kgr. 600) reste stationnaire, malgré plusieurs essais d'alimentations diverses. On se décide alors à faire opérer l'enfant par le Dr Cuvillier qui lui enlève ses végétations adénoïdes le 21 *février*, le poids à ce jour est de 4 kgr. 600.

Les deux jours suivants l'enfant perd 100 grammes, puis il remonte rapidement à 4 kgr. 700, s'y maintient une huitaine de jours et sa courbe monte brusquement. A ce moment il supporte bien le lait stérilisé et sa bronchite est complètement guérie.

Le 16 *mars* il regagne son poids d'entrée, 4 kgr. 900.

Le 28 *mars*, jour de son départ, il pèse 6 kilogrammes.

Observation V

Végétations adénoïdes. Troubles gastro-intestinaux. Otite Obstacle mécanique et complications infectieuses (*comm uni quée par* Denéchau, *interne des Hôpitaux*).

Jeanne S..., 5 mois. Nourrie au biberon.

Amenée par sa mère le 18 octobre à l'hôpital, pour son mauvais état de santé, la petite est nettement rachitique : chapelet costal, épiphyses tuméfiées, gros ventre. Elle est sujette à des vomissements ; ses selles sont fréquentes et mal liées, souvent liquides.

Mais on constate que l'enfant fait entendre pendant les tétées un bruit de cornage très prononcé. La mère l'a remarqué depuis longtemps, sans y attacher d'importance. Pourtant son enfant s'enrhume très facilement ; son nez se bouche alors, les tétées sont plus difficiles et le ronflement devient permanent. La mère se contente de lui introduire de la vaseline dans les fosses nasales.

Le toucher digital montre l'existence de végétations dans le cavum.

Quelques râles de bronchite dans les poumons.

Le poids à l'entrée est de 4 kgr. 780.

On institue un régime convenable pour remettre en état le tube digestif : diète mitigée et réglementation des tétées. Les selles restent anormales, liquides ou mélangées; les vomissements diminuent. Malgré le régime, le poids n'augmente pas, il reste

CONCLUSIONS

De l'exposé des observations déjà publiées, de celles que nous rapportons, de leur discussion et de l'interprétation que nous avons cru devoir leur donner, il nous semble légitime de tirer les conclusions suivantes :

1° Les végétations adénoïdes entravent considérablement la croissance des nourrissons.

2° Leur ablation est suivie d'une augmentation de poids immédiate, en rapport direct avec leur degré d'atrophie.

3° Cette poussée de croissance est permanente et leur permet, provoquée à temps, de regagner leur développement normal.

Vu : le Président de la thèse,
DÉJERINE

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

Impr. des Facultés. A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.